

PT Klassische Massage

- Theorie & Praxis
- Indikationen und Kontraindikationen
- Befund & Anwendung
- Teilmassagen

FACHWISSEN MASSAGE

*Für die Ausbildung und
den Praxisalltag*

Inhaltsverzeichnis

I. Geschichte	1
II. Wirkungen	3
1. Muskeltonus	3
2. Schmerzlinderung	4
3. Gewebemobilisation	6
4. Durchblutungs- und stoffwechselfördernd	7
5. Körper, Geist und Seele	8
III. Indikationen und Kontraindikationen	9
1. Indikationen	9
1. Frage – Antwort	9
2. Fallbeispiele	10
2. Kontraindikationen	16
IV. Befund	17
1. Allgemeine Hinweise	17
2. Vorschlag für einen Kurzbefund	17
3. Beschreibung der möglichen Befundinhalte	19
1. Anamnese	20
2. Inspektion und Palpation	21
3. Ergänzende Untersuchungen	27
4. Befundzusammenfassung	29
5. Ziele	29

V. Behandlung	30
1. Verhalten	30
2. Verhältnisse	33
3. Aufbau der Massage	36
4. Massagegriffe	38
1. Effleurage	38
2. Friktionen	39
3. Petrissage	40
4. Tapotements	43
5. Hautverschiebungen	44
6. Intermittierende Drückungen	46
7. Reibungen	47
8. Schüttelungen	48
9. Erschütterungen	49
10. Vibrationen	50
VI. Teilmassagen	51
1. Rückenmassage	51
2. Beinmassage	56
3. Gesichtsmassage	61
4. Thoraxmassage	64
5. Armmassage	67
6. Bauchmassage	71
7. Ergänzungen zu den Teilmassagen	74
a. Kopfschwartenmassage	74
b. Gesäßmassage	76
c. Myogelosen- und Trigger-Point-Behandlungen	78
Bibliografie	79

3. Gewebemobilisation

Physiologie:

1. **Verklebungen** ↓ zwischen den Gewebeschichten
Ätiologie: durch Ablagerungen von Hyaluronsäure und Fett

Beispiel für geeigneten Massagegriff:



Abb.4: „Kipplerfalte“ am M. erector spinae (oberes Theraband symbolisiert die abgehobene Hautfalte)

2. **„Crosslinks“** ↓ (= Querverbindungen zwischen kollagenen BG-Fasern)
Ätiologie: (Crosslinks dienen der Gewebestabilisation) → bei Immobilität ↑ von Crosslinks → ↓ Bewegungsausmaß

Beispiel für geeigneten Massagegriff:

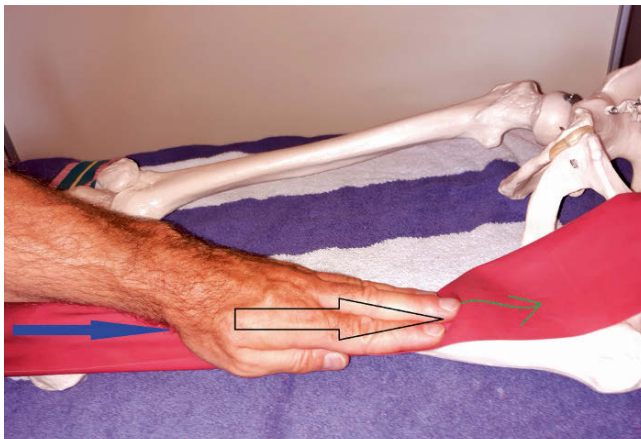


Abb.5: „Dehnende Effleurage“ am M. rectus femoris (symbolisiert durch Theraband)

Fazit:

Besonders geeignet:

1. **Verklebungen** ↓: „Hautverschiebungen“.
2. **Crosslinks** ↓: „Dehnende Effleuragen und Friktionen“
 - geeignet sind auch „passive Weichteiltechniken“ (= ohne Patientenaktivität) aus der MT, welche mit passiver Bewegung kombiniert werden, z. B. „Mobilisationsmassage“ und „Funktionsmassage“.

4. Durchblutungs- und stoffwechselfördernd

Physiologie:

1. **Entstauung** → manuelle Kompression der Venen → „↑ Blutrückfluss“

Grund:

- Richtung ist durch die Venenklappen vorgegeben
- „Zentripetale“ Arbeitsweise (= Arbeitsrichtung nach proximal) ↑ diese Wirkung

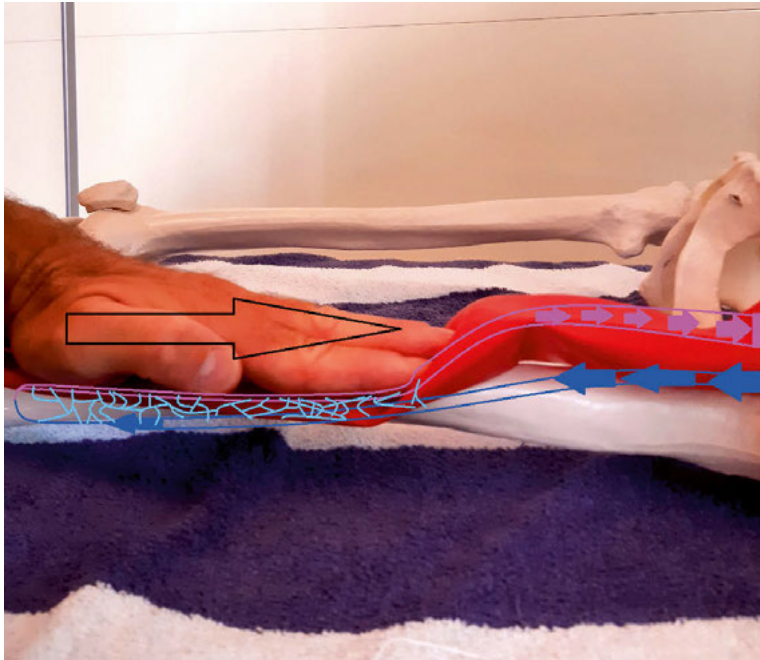


Abb.6: „Dehnende Effleurage“ am M. quadriceps femoris (symbolisiert durch Theraband)

Schwarzer Pfeil: Manueller Schub, von distal → proximal (= zentripetal)

Blauer Pfeil: Arterielle Gefäße

Lila Pfeil: Venöse Gefäße

Hellblauer Pfeil: Kapillarnetz

2. **Dilatation** (= Erweiterung) **peripherer Kapillarnetze** → zeigt sich an Erwärmung und Rötung der Haut → ↑ Stoffwechsel (= Versorgung der Zellen: mit Sauerstoff + Nährstoffen; Entsorgung der Zellen: von Kohlendioxid + Stoffwechselendprodukten)

Ursachen für Dilatation:

1. Detonisierung umgebender Muskulatur
2. Manuell ausgelöste Mikrotraumatisierung → Ausschüttung von Entzündungsmediatoren → ↑ Dilatation und Permeabilität

3. **Arterielle Durchblutung** ↑ → durch die Öffnung der Kapillarnetze

Fazit:

1. Primäre **Dilatation** der **Kapillare** → Stoffwechsel ↑
2. **Rückfluss** ↑ durch flächigen Druck, insbesondere bei zentripetaler Arbeitsrichtung
3. **Arterielle Durchblutung** ↑

V. Behandlung

1. Verhalten

Hände:

1. Vor Patientenkontakt Hände waschen und desinfizieren.
2. Ringe, Uhren und Armbänder sind abzulegen.
3. Fingernägel sollten kürzer sein als der Finger.
4. Hände sollen warm + trocken (evtl. gegeneinanderreiben) sein.
 - Feuchte, kalte oder schwitzende Hände sind äußerst ungünstig.
 - Nikotingeruch der Finger ist unzumutbar.
5. Fingerflexoren sollten regelmäßig gedehnt und deren Antagonisten gekräftigt werden (die Extensoren), aufgrund der einseitigen Belastung der Fingerflexoren.
6. Stets beide Hände am Patienten (auch wenn 2. Hand nur am Pat. abgelegt wird).

Ergonomie:

Ergon (gr.) = Arbeit

Nomos (gr.) = Gesetz

= Optimierung des „eigenen“ Verhaltens, um Überlastung und Fehlbelastung zu ↓

Typische Folgen chronischer Fehlbelastung können sein:

- Rücken- bzw. Nackenschmerz
- Epicondylopathien
- Impingementsyndrom (des SG)
- Überlastung der Finger, z. B. im Daumensattelgelenk (Art. metacarpophalangealis I)

Beachte:

1. Die **Dosierung** sollte über den gezielten **Einsatz des Oberkörpergewichts** oder des **hinteren Beins** erfolgen,
 - „effizientes Arbeiten“ (verhindert ein unsinniges Verschleudern von Energie).

Beispiel:



Abb.12: „Dehnende Streichung“: 1. Rechter Unterarm ist **parallel** zum Muskelfaserverlauf und ist **flach**, um **längs schieben** zu können. 2. **Hinteres Bein schiebt** den gesamten Körper, inkl. Arm nach vorn.



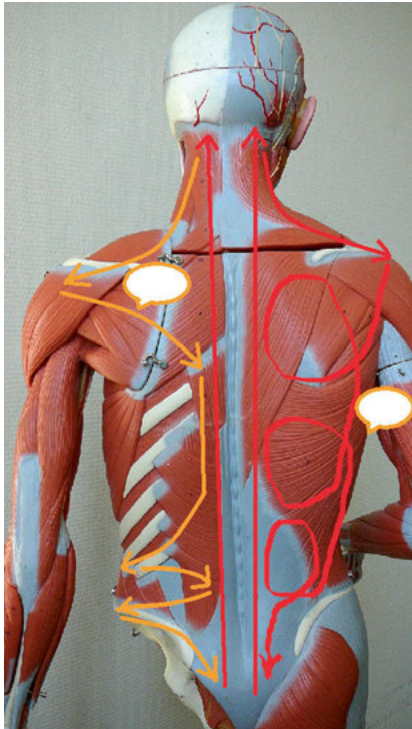
Abb.13: „Knetung“: 1. Rechter Arm ist **rechtwinklig** zum Muskelfaserverlauf, um **quer schieben** zu können. 2. Dosierung über die **Gewichtsverlagerung** des **Oberkörper** nach vorn, ab Hüftgelenk.

2. Das Vorneigen des Oberkörpers soll im HG erfolgen → OK bleibt in sich selbst gerade (d. h. kein Buckel).
 - a. *Schrittstellung*:
 - Vorderes Bein ist leicht gebeugt + hinteres fast gestreckt → hinteres Bein sorgt für physiologische LWS-Lordose.
 - Gewichtsverlagerung zwischen vorderem + hinterem Bein richtet sich nach dem Arbeitsschritt + der gewünschten Kraftübertragung.
 - b. *Stand*: Beide KG sind leicht gebeugt + Hintern nach hinten (KG über SG) → OK-Vorneige je nach gewünschtem Krafteinsatz/Übertragung.
3. Verdrehungen im OK/Rumpf sollten vermieden werden (= keine Verdrehung zwischen Schultergürtel – Beckengürtel) → indem Fußspitzen dahin zeigen, wo Brustbein hinzeigt.
4. Auf ruhige Atmung achten → sonst überträgt sich Unruhe/Stress auf den Patienten.
5. Schultergürtel sollte hinten unten abgelegt werden, evtl. leicht nach hinten unten gezogen werden → hochgezogene Schultern begünstigen Nackenverspannungen.
6. Hände sollten:
 - flächig anliegen, bei einer gewissen Entspannung können diese sich am besten an- modellieren;
 - endgradige Gelenkstellungen ↑ das Risiko von Fehl- und Überlastung;
 - Daumen sollte, so weit möglich, geschont werden (Sonderstatus wegen Rhizarthrosedisposition + Bedeutung für Handfunktion);
 - wenn möglich, sollten Bewegungen und Kraft nicht nur aus der Hand, sondern aus angrenzenden Gelenken und Muskeln (Unterarm-, Ellenbogen- und Schultergelenk) rekrutiert werden → schont die kleinen Hand- und Fingergelenke.

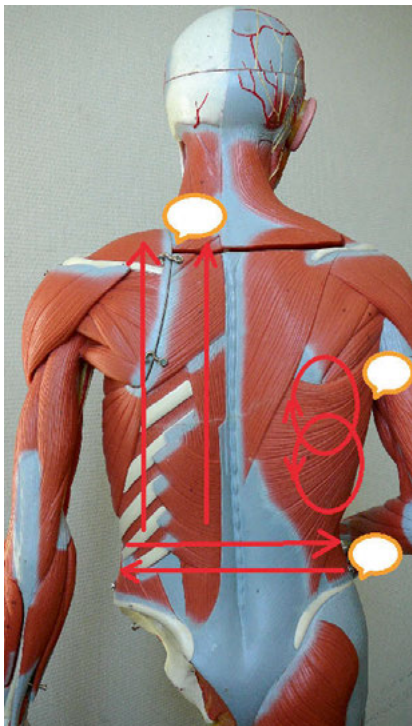
Verhalten bei veränderten Bedingungen:

1. Bei ausgeprägter **Körperbehaarung**: evtl. ↑ Massagelotion
 - abhängig von den angewendeten Techniken, z. B.:
 - a. Dehnende Streichung: manueller Längsschub, bei dem der Therapeut gleitet, d. h. etwas mehr Lotion günstig.
 - b. Knetung: Gleiten ist unerwünscht, d. h. Lotion, auch bei Behaarung, ungünstig.
2. Bei ausgeprägter **Akne**, Ausschlag: Rücksprache mit Arzt u./o. Gummihandschuhe (wegen infektiösen Körperflüssigkeiten).

4. **„Unterbrochene Effleurage“**: mit Handfläche oder Handrücken nach kranial → kaudal mit Handrücken nach lateral (1 × am unteren Rippenbogen, 1 × am Beckenkamm).



5. **„Kreisende Effleurage“**: Beide Hände kreisen zeitlich versetzt (dadurch überlappen sich die Kreise) aufeinander zu, rechte → linke Rückenhälfte, kaudal → kranial.
6. **„Parallelstreichung“**: Beide Hände werden gleichzeitig + gegensinnig parallel zum Beckenkamm bewegt, beide Rückenhälften gleichzeitig, kaudal → kranial.
7. **„Flankenstreichung“**: Auf Gegenseite mit Handfläche (bei abgespreiztem Daumen), Beckenkamm → M. trapezius pars descendens/Achselfalte.



2. Hauptteil:

Aufgabe: Übertragen Sie nachfolgende Nummerierung in die Abbildungen!

1. „Lendenmassage“:					
a. Sacrum:	Darauf + an kaudalem Rand	D	F		
b. Crista iliaca:	An kaudalem Rand	D	F		
c. M. gluteus medius et minimus				P	
2. M. erector spinae	1. Mgl.: als „halbmondförmige Anknötung“ (Variante der Wahl, da sich Muskel schlecht greifen lässt) 2. Mgl.: als Einhandknetung 3. Mgl.: als Wechselhandknetung	D	F	P	
3. Unterer Rippenbogen	– Medial → lateral – Zirkelung an den unteren Rippenbogen heran	D	F		
4. Intercostalraum/ICR	Zur ↑ EA: nach medial Zur ↑ AA: nach lateral	D	F		
5. M. latissimus dorsi	Kaudal: „flächige Knetung“ Kranial: „abhebende Knetung“	D	F	P	
6. M. trapezius pars a: ascendens b: transversus		D	F		
7. Mm. rhomboidei		D	F		
8. Scapulaumrandung		D	F		
9. M. infraspinatus		D	F		
10. M. supraspinatus		D	F		
11. 7. HWK		D	F		
12. M. trapezius pars descendens	– P von kranial → kaudal	D	F	P	
13. Kurze Nackenmuskeln		D	F		
14. M. erector spinae pars cervicalis		D	F	P	

5. Armmassage

1. Flächige Effleurage:

Zeitpunkt:

- a. Als „Einleitende Effleurage“: zu Beginn der BH
- b. Als „Beruhigende Effleurage“: zur Beruhigung (= zwischendurch) + am Ende der BH

Techniken:

- 1. **Effleurage an der Beugeseite:** T hält von dorsal den Arm in Höhe Handgelenk; Handfläche → UA-Beuger → Armbeuge (Hand quer nehmen) → OA-Beuger → gerade zurück.



- 2. **Effleurage an der Streckseite:** T hält von palmar den Arm in Höhe Handgelenk; Handfläche → UA-Strecker → EG (Hand quer nehmen) → OA-Strecker → gerade zurück.



Beachte: UA befindet sich in Pronations-/Supinationsmittelstellung!

2. Hauptteil:

1. M. deltoideus a. pars clavicularis b. pars acromialis c. pars spinalis		D	F	P	
2. OA-Beuger (M. biceps brachii, M. brachialis, M. brachioradialis)		D	F	P	
3. M. triceps brachii	Tipp: UA quer über Bauch + Eigenfixation am Handgelenk (mit anderer Hand)	D	F	P	
4. Armbeuge	Handkante oder Handrücken werden auf T-Sternum gelegt → EG liegt im Flechtgriff, Daumen auf 2 Sehnen (Sehne von M. biceps brachii + M. brachioradialis) in Armbeuge → T drückt rhythmisch in Ext. + zieht zeitgleich beide Sehnen auseinander				MM
5. Unterarm a. Extensorengruppe b. Flexorengruppe		D	F	P	
6. Hand					
a. Handwurzel		D	F		
b. Mittelhand	P: nur an Kleinfinger- und Daumenballen	D	F	P	
c. Finger	– von allen 4 Seiten	D	F		
7. Zusatzgriffe					
a. „Brötchengriff“	– Nach dorsal (wg. Verkürzungsneigung d. Flexoren wichtiger) oder palmar möglich				
b. „Schwimmhäute“	– Können rausgezogen oder reingeschoben werden				

Beachte:

1. Arbeitsrichtung ist **„zentripetal“** (zum Rumpf/nach proximal).
2. Abschnittsweise werden **proximale → distale Extremitätenabschnitte** behandelt (entspricht den Grundprinzipien der Lymphdrainage)
→ venöses Blut + Lymphe werden in den Rumpf verschoben (in die großen Venen + Lymphgefäße).
„Zentripetal“ (lt. petere = streben nach): = von der Peripherie zum Zentrum
„Zentrifugal“ (lt. fugare = fliehen): = vom Zentrum zur Peripherie